

RAPPORT D'INVALIDITE

DISABILITY REPORT Décision d'invalidité médicale DSHS 14-144A

Le formulaire Rapport d'invalidité, DSHS 14-144A, réunit des renseignements sur l'invalidité d'un patient, sur les preuves médicales et sur les antécédents professionnels dans le but d'être utilisés par la Division de la détermination de l'invalidité (DDDS) pour évaluer une invalidité médicale.

Le travailleur social présente le DSHS 14-144A. Le travailleur social doit s'assurer que le nom du salarié, le Bureau des services communautaires (CSO) et le numéro de téléphone sont inscrits sur le formulaire. Cochez la case appropriée pour indiquer que la décision d'invalidité requise concerne Non-Grant Medical Assistance (NGMA ou aide médicale non subventionnée) ou Healthcare for Workers with Disabilities (HWD ou soins de santé pour travailleurs invalides). Joignez le formulaire une fois rempli à l'envoi concernant la décision d'invalidité.

1. Le travailleur social remplit l'en-tête pour indiquer le nom, le numéro de sécurité sociale (SSN) et l'affectation incapacitante du patient.
2. Le travailleur social peut aider le patient à remplir la partie 1 intitulée « Renseignements sur votre état de santé ». Les dates peuvent être approximatives, mais doivent toutefois indiquer le mois et l'année.
3. Le travailleur social peut aider le patient à remplir la partie 2 intitulée « Renseignements sur vos dossiers médicaux ». Il est important d'identifier les médecins et l'origine des traitements de façon aussi complète que possible.
4. Le travailleur social peut aider le patient à remplir la partie 3 intitulée « Renseignements sur vos activités ». Le travailleur social doit relire les renseignements pour s'assurer que les limites du patient sont clairement identifiées.
5. Le travailleur social peut aider le patient à remplir la partie 4 intitulée « Renseignements sur votre niveau d'éducation ». Si le patient a suivi des cours d'éducation spécialisée, cette information doit être mentionnée.
6. Le travailleur social peut aider le patient à remplir la partie 5 intitulée « Renseignements sur votre expérience professionnelle ». Les employeurs ne doivent pas être indiqués par leur nom, seul le type d'entreprise suffit.
7. Le travailleur social peut aider le client à remplir la section 1 de la partie 6 intitulée « Remarques ». Les sections 2 à 6 doivent être remplies par le travailleur social.

PARTIE 2, RENSEIGNEMENTS SUR VOS DOSSIERS MEDICAUX (SUITE)

3. Avez-vous été hospitalisé ou soigné en clinique à cause de votre affectation incapacitante ? Oui Non **Si oui, répondez à ce qui suit.**

NOM DE L'HOPITAL OU DE LA CLINIQUE	ADRESSE
NUMERO DU PATIENT OU DE LA CLINIQUE	
Avez-vous été hospitalisé (au moins une nuit) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, répondez à ce qui suit.	Etiez-vous en consultation externe ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelles étaient les dates de vos visites ?
NUMERO DU PATIENT OU DE LA CLINIQUE	NUMERO DU PATIENT OU DE LA CLINIQUE

MALADIE OU BLESSURE POUR LAQUELLE VOUS AVEZ SUBI UN EXAMEN OU AVEZ RECU UN TRAITEMENT

TYPE DE TRAITEMENT OU DE MEDICAMENTS REÇUS (PAR EXEMPLE, CHIRURGIE, CHIMIOThERAPIE, RAYONNEMENT ET LES MEDICAMENTS QUE VOUS AVEZ PRIS POUR TRAITER VOTRE MALADIE OU BLESSURE, SI VOUS LES CONNAISSEZ. SI AUCUN TRAITEMENT OU MEDICAMENT, ECRIVEZ AUCUN.

4. Si vous avez été admis dans un autre hôpital ou dans une autre clinique pour votre maladie ou blessure, répondez à ce qui suit :

NOM DE L'HOPITAL OU DE LA CLINIQUE	ADRESSE
NUMERO DU PATIENT OU DE LA CLINIQUE	
Avez-vous été hospitalisé (au moins une nuit) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, répondez à ce qui suit.	Etiez-vous en consultation externe ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelles étaient les dates de vos visites ?
NUMERO DU PATIENT OU DE LA CLINIQUE	NUMERO DU PATIENT OU DE LA CLINIQUE

MALADIE OU BLESSURE POUR LAQUELLE VOUS AVEZ SUBI UN EXAMEN OU AVEZ RECU UN TRAITEMENT

TYPE DE TRAITEMENT OU DE MEDICAMENTS REÇUS (PAR EXEMPLE, CHIRURGIE, CHIMIOThERAPIE, RAYONNEMENT ET LES MEDICAMENTS QUE VOUS AVEZ PRIS POUR TRAITER VOTRE MALADIE OU BLESSURE, SI VOUS LES CONNAISSEZ. SI AUCUN TRAITEMENT OU MEDICAMENT, ECRIVEZ AUCUN.

Si vous avez été admis dans d'autres hôpitaux ou cliniques pour votre maladie ou blessure, indiquez les noms, adresses, numéros de patient ou de clinique, dates et raisons à la partie 6, ou joignez des pages additionnelles.

5. Avez-vous subi l'un des examens suivants au cours de la dernière année ? Cochez la case appropriée ci-dessous et, si vous répondez « oui », inscrivez la date et le lieu de l'examen.

EXAMEN	OUI	NON	LIEU	DATE
Electrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Radiographie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Radiographie d'autre type (précisez le type) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Examens respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Analyses de sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. Si vous détenez une carte Medicaid, quel est votre numéro ? _____

PARTIE 3, RENSEIGNEMENTS SUR VOS ACTIVITES

1. Votre médecin vous a-t-il conseillé de réduire ou de limiter vos activités d'une quelconque manière ? Oui Non
Si oui, inscrivez le nom de votre médecin ci-dessous et ce qu'il ou elle vous a dit à propos des réductions ou des limitations de vos activités.

PARTIE 3, RENSEIGNEMENTS SUR VOS ACTIVITES (SUITE)

2. Décrivez vos activités quotidiennes dans les domaines suivants et indiquez vos activités, ainsi que leur volume et leur fréquence.
- Entretien de la maison (y compris la cuisine, le ménage, les courses et le bricolage)
 - Activités récréatives et passe-temps (chasse, pêche, bowling, randonnées pédestres, instruments musicaux, etc.)
 - Contacts sociaux (visites chez des amis, des membres de la famille, des voisins)
 - Autre (conduite d'une voiture, d'une moto, déplacement en autobus, etc.)

PARTIE 4, RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE NIVEAU D'EDUCATION

1. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez terminé ? _____ En quelle année ? _____
2. Avez-vous été dans un collège technique ou un lycée professionnel, ou avez-vous reçu une quelconque formation spéciale ?
 Oui Non **Si oui, répondez à ce qui suit.**

TYPE DE COLLEGE TECHNIQUE, DE LYCEE PROFESSIONNEL OU DE FORMATION	DATES APPROXIMATIVES DE VOS ETUDES
---	------------------------------------

COMMENT CES ETUDES OU CETTE FORMATION VOUS ONT-ELLES SERVI DANS VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

PARTIE 5, RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

1. Indiquez tous les emplois que vous avez occupés au cours des 15 dernières années avant que vous n'arrêtiez de travailler, en commençant par votre emploi habituel. Il s'agit du type d'emploi que vous avez le plus longtemps occupé. Si vous avez 6 années d'éducation ou moins ET que vous avez effectué seulement des travaux rigoureux non qualifiés pendant plus de 35 ans, indiquez tous les emplois que vous avez eus depuis que vous avez commencé à travailler. Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez des pages supplémentaires ou utilisez la partie 6.

NOM DEL'EMPLOI	TYPE D'ENTREPRISE	DE	A	JOURS PAR SEMAINE	SALAIRE (PAR HEURE, JOUR, SEMAINE, MOIS OU ANNEE)

- 2A. Dans votre emploi habituel indiqué ci-dessus :
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| utilisez-vous des machines, des outils ou un équipement quelconque ? | OUI | NON |
| utilisez-vous des connaissances ou compétences techniques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| écriviez-vous, remplissiez-vous des rapports ou effectuiez-vous des tâches similaires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| aviez-vous des responsabilités d'encadrement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 2B. Donnez des explications pour toutes les réponses auxquelles vous avez répondu par l'affirmative en donnant une description détaillée : du type de machines, d'outils ou d'équipement que vous utilisiez et de votre activité exacte ; des connaissances ou compétences techniques concernées ; du type de rédaction que vous effectuiez et de la nature des rapports ; du nombre de personnes que vous encadriez et de l'étendue de votre supervision.

PARTIE 5, RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE (SUITE)

2C. Décrivez le type et le niveau d'activité physique que votre emploi habituel impliquait au cours d'une journée normale de travail en cochant la réponse qui se rapproche le plus de votre situation.

Combien d'heures par jour :
 marchiez-vous ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 restiez-vous debout ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 restiez-vous assis ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8

A quelle fréquence au cours d'une journée :
 vous penchiez-vous ? Jamais Parfois Souvent Constamment
 tendiez-vous les bras ? Jamais Parfois Souvent Constamment

souleviez-vous ou portiez-vous quelque chose ? Décrivez ce que vous souleviez et la distance parcourue en soulevant ce poids.

Quel était le poids le plus lourd que vous avez soulevé ? 10 lbs. 20 lbs. 50 lbs. 100 lbs. Plus de 100 lbs.
 Quel était le poids que vous souleviez ou portiez souvent ? Jusqu'à 10 lbs. Jusqu'à 25 lbs. Jusqu'à 50 lbs. Plus de 50 lbs.

PARTIE 6, REMARQUES

1. Utilisez cette section comme un espace supplémentaire pour répondre à toute question précédente. Utilisez également cet espace pour donner des renseignements supplémentaires que vous jugez utiles dans la prise de décision de votre déclaration d'invalidité (tels que des renseignements concernant d'autres maladies ou blessures non indiquées précédemment).

A REMPLIR PAR LE TRAVAILLEUR SOCIAL

2. Est-ce que le demandeur parle anglais ? Si non, quelle langue parle-t-il ? OUI NON
 3. Est-ce que le demandeur a besoin d'aide pour remplir sa demande ? OUI NON
 Si oui, donnez le nom, le type de relation et le numéro de téléphone d'une personne disposée à aider le demandeur.

4. Est-ce que le demandeur (ou son représentant) peut être joint facilement par téléphone sans problème de communication en raison de difficultés de langage, de discours ou d'audition ? OUI NON

5. Cochez parmi les actions ci-dessous, si applicables, celles qui ont été observées comme présentant une difficulté lors de l'entretien avec le demandeur.

Lire Ecrire Répondre aux questions Entendre
 S'asseoir Comprendre Utiliser ses mains Respirer
 Voir Marcher Autre (précisez) :

Si aucune des actions ci-dessus n'a été cochée, décrivez la difficulté exacte concernée :

6. Faites une description complète du demandeur (par exemple, apparence générale, poids, comportement, toute difficulté qui complète les renseignements ci-dessus) :

SIGNATURE DU TRAVAILLEUR SOCIAL	DATE	NOM DU TRAVAILLEUR SOCIAL (IMPRIME OU EN LETTRES MAJUSCULES)
NUMERO DE TELEPHONE DU TRAVAILLEUR SOCIAL (Y COMPRIS L'INDICATIF)		BUREAU DES SERVICES COMMUNAUTAIRES